



# WELL CHILD EXAM - INFANCY: 4 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE \_\_\_\_\_

## 유아기 (4개월)

<b>이동기 대기 과목 작성 필수</b>	아동의 이름	아기를 데리고 온 사람:	생년월일	
	알레르기 문제	현재 복용하고 있는 약품		
	지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등		오늘 질문한 사항:	
	예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 잠을 잘 잡니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 잘 먹고 잘 자랍니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 아기가 무엇을 원하는지 쉽게 알 수 있습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 저는 자주 슬픈 기분이 들지는 않습니다.		예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 손을 뻗어 물건을 잡을 수 있습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 뒤집기를 하거나 몸을 뒤집으려고 합니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 눈으로 물체를 보고 소리를 듣습니다. 사시가 되지 않습니다.	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____
---------------------------	--------------------------	----------------------	------------

Review of systems     Review of family history

---

Screening:

	N	A	
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Development: Circle area of concern

Adaptive/Cognitive	Language/Communication	Fine Motor
Gross Motor	Social/Emotional	

Behavior      \_\_\_\_\_

Mental Health      \_\_\_\_\_

  

Physical:

	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes (Cover/Uncover)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities/ Hips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Describe abnormal findings and comments:

---



---



---

Elimination \_\_\_\_\_

Sleep \_\_\_\_\_

Review Immunization Record     Other: \_\_\_\_\_

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

<input type="checkbox"/> Family Planning	<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/> Sleeping on back
<input type="checkbox"/> Development	<input type="checkbox"/> Crib Safety	<input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome
<input type="checkbox"/> Infant Bond	<input type="checkbox"/> Feeding	<input type="checkbox"/> Fever
<input type="checkbox"/> Passive Smoke	<input type="checkbox"/> No bottle in bed	<input type="checkbox"/> Child care
<input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat	<input type="checkbox"/> Maternal Depression	
<input type="checkbox"/> Other: _____		

Assessment/Plan: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

<b>NEXT VISIT: 6 MONTHS OF AGE</b>	IMMUNIZATIONS GIVEN
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	REFERRALS
	HEALTH PROVIDER NAME
	HEALTH PROVIDER ADDRESS

# INFANCY: 4 MONTHS

## Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (4 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### Hearing Screen

Use clinical judgment.

### Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes    No

    Holds head up to 90 degrees.

    Laughs.

    Follows past mid line.

    No persistent fist clenching.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even *one* of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control or Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



## 4개월 아동의 건강

### 성장 과도기

**4개월에서 6개월 사이의 아이 발육 범위들.**

- 엎드린 채로 머리를 들어 올립니다.
- 소리를 내거나 웃기도 하고 방실거립니다.
- 몸을 앞 뒤로 뒤집습니다.
- 팔랑이를 잡고 입으로 가져 갑니다.
- 한 쪽 손에 있는 장난감을 다른 손으로 잡으려고 시도합니다.
- 부모의 음성과 얼굴을 알아 봅니다.
- 처음에 잡아주면 푹 바로 앉는 것을 배웁니다.

**아이가 새로운 기술을 배우는 데 도움이 되도록 아이와 대화하고 놀아줍니다.**

### 도움이나 상세한 정보를 원할 때

**탁아소를 찾을 때 도와줄 수 있는 기관:** Washington State Child Care Resource and Referral Network, 1-800-446-1114.

**아동의 건강과 발육상기, 예방접종:** CHILD Profile website: [www.childprofile.org](http://www.childprofile.org).

**아동에 대한 프로파일 우수 :** Healthy Mothers, Healthy Babies 정보 및 의뢰 기관 전화 번호, 1-800-322-2588 (음성) 혹은 1-800-833-6388 (TTY 자막); 우편으로 도착하지 않으면 우수 리스트에 귀하의 주소를 포함시켜 달라고 요청하십시오.

**양육기술과 지원정보:** 가족 헬프 전화번호, 1-800-932-HOPE (4673) Family Resources Northwest, 1-888-746-9568 지역 커뮤니티 칼리지 강좌

### 건강정보

아기에 대한 건강과 발육 상태는 아기가 건강진단을 받을 때 의사나 간호원에게 문의할 수 있습니다. 건강진단을 받으러 가기 전에 의사항력리스트를 만들어 가져 가고 아기에 대한 예방접종 기록부도 가져 갑니다.

감기, 설사, 항생제를 복용하고 있는 중에도 예방접종을 맞힐 수 있습니다. 예방접종을 하였다고 하여 이러한 병이 악화되지는 않습니다.

이 나이 때에는 모유나 우유로도 필요한 영양소를 모두 얻을 수 있습니다. 모유를 먹인다면 최소한 1년까지는 계속 먹이십시오. 베이비 시리얼이나 이유식은 최소한 생후 5-6개월이 될 때까지 기다립니다.

아기의 시력과 청력을 살펴봅니다. 아기의 눈이 움직이는 물체를 따르는 지 보십시오. 요란한 소리나 예기치 않은 소음에 고개를 돌리는지 주시하십시오.

계속 등으로 눕혀 재우도록 하십시오. 폭신폭신한 요나 봉제 인형 등은 생후 1년간 유아용품대에 두어서는 아니 됩니다. 아기를 돌보는 다른 사람들도 이와 같이 하도록 주의를 줍니다.

### 양육 정보

아기에게 매일 노래를 불러주고 이야기하고 놀아주십시오. 아기를 바라보고 아기가 내는 소리를 따라합니다.

바닥에 엎드려 놀게 합니다. 아기가 잡을 수 있는 거리에 장난감을 둡니다.

아기의 발육상태가 염려스러우면 의사나 간호원에게 상의하거나 건강한 엄마에 건강한 아기(Healthy Mothers, Healthy Babies) 프로그램 담당국으로 전화(왼쪽에 전화번호 참조)하십시오.

### 안전 정보

아기가 침대나 소파, 기저귀 가는 테이블에 누워 있으면 아기가 떨어지지 않도록 항상 한 손으로 아기를 잡고 있습니다.

유아용 카-시트는 차량 뒷좌석에 차량 뒷면을 보도록 배치합니다.